



Date:

Usted ha indicado que necesita asistencia financiera para su cuenta del hospital. Para esto necesitamos los documentos de todos los miembros adultos de su hogar:

- El formulario o la aplicación que estamos adjuntando (no deje espacios en blanco.)
- Copia de sus más recientes formularios de impuestos federales con todas sus tables correspondientes incluyendo sus W-2(s).
- Copia de sus tres (3) más recientes cheques de pago.
- Una lista de sus deudas medicas con otros proveedores diferentes a St. Mary's y de sus gastos mensuales de farmacia.
- El nombre y el teléfono de su trabajador de Medicaid (si lo tiene).

Por favor devuelva todos estos documentos a más tardar en diez (10) días a la siguiente dirección:

St. Mary's Medical Center  
Patient Financial Services  
3700 Washington Ave  
Evansville, IN 47714-9957

Por favor llame a nuestro service al cliente al 1-800-582-8258 si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda completan este formulario.

<i>El hospital completa las dos primeras casillas.</i>		<i>MR Number:</i>	<i>Hospital</i>	<i>Numero de Cuenta:</i>
Por favor llene todas las casillas (no deje espacios en blanco). Toda la información esta sujeta a ser verificada. Si hay más de cinco (5) personas en el hogar, adjunte una hoja con la información de los otros miembros del hogar.				
Nombre del Paciente:		# de Seguro Social:		# de Miembros en el Hogar:
Dirección:		Número de Teléfono: Casa: ( ) Trabajo: ( )		Celular: ( )
Ciudad/Estado/Area Postal:		Empleador (Paciente/Persona responsable por la Cuenta):		
<i>Liste TODOS los miembros del hogar</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i># de Seguro Social</i>	<i>Relación con el Paciente</i>	<i>Ingreso Mensual</i>
1.		- -		\$
2.		- -		\$
3.		- -		\$
4.		- -		\$
5.		- -		\$
<b>Ingreso Mensual</b>		<b>Gastos Mensuales</b>		
Ingreso antes de Impuestos de la persona responsable por la cuenta	\$	Renta/Pago de Hipoteca/Pago de Vivienda		\$
Otro Ingreso Familiar (antes de impuestos)	\$	Servicios Públicos (Electricidad/Agua/Gas)		\$
Inversiones (Anualidades/Acciones/Intereses Ganados)	\$	Teléfono		\$
Manutención de Menores	\$	Manutención de Menores / Pensión de Divorcio		\$
Ingreso por Propiedades Rentadas	\$	Comida (No incluya cigarrillos & bebidas alcohólicas)		\$
Pensiones/Ingreso por ser desempleado	\$	Pago de Carro (préstamo + seguro)		\$
Otros (otro dinero que entre al hogar):	\$	Cuentas médicas y de farmacia		\$
<b>Total de Ingreso Mensual (antes de impuestos)</b>	<b>\$</b>	<b>Total de Gastos Mensuales</b>		<b>\$</b>
<b>Bienes/Activos</b>		<b>Deudas/Obligaciones</b>		
Valor de su Residencia(s)	\$	Saldo de su Préstamo de Vivienda		\$
Saldo en su Cuenta de Cheques / Cuenta Corriente	\$	Saldo en Tarjetas de Crédito		\$
Ahorros / Depósitos a Termina / Fondos de Retiro	\$	Saldo de su Préstamo de Carro		\$
Valor de su carro / Barco / Moto	\$	Total de Cuentas Medicas (incluya una lista)		\$
Otros:	\$	Impuestos a Propiedades		\$
<b>Total de Bienes / Activos</b>	<b>\$</b>	<b>Total de Deudas / Obligaciones</b>		<b>\$</b>

Yo certifico que la información proporcionada arriba es una representación exacta y verdadera de mi situación financiera. También certifico que este paciente no tiene otra cobertura médica diferente a la que les fue informada cuando este fue al hospital. Entiendo que proporcionar información falsa en esta solicitud conlleva a la negación de cualquier ayuda financiera del hospital de St Mary's. Si yo tengo derecho a recibir un pago o a entablar un juicio en contra de terceras personas, yo tomare cualquier acción necesaria o solicitada por St Mary's Medical Center para obtener tal ayuda y asignare a St Mary's Medical Center a recibir cualquier cantidad recuperada hasta la cantidad total del saldo de mi cuenta. Si yo no aplico por tal ayuda, no cumplo con el proceso de aplicación, no tomo las acciones razonablemente necesarias o requeridas por St Mary's Medical Center esta aplicación será negada. Autorizo a St Mary's Medical Center a verificar mi historial de crédito si es necesario.

Firma del Paciente o Persona Responsable por la Cuenta

Fecha